

## 橋本市乳幼児・子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 橋本市長

申請者 (保護者) 住所 橋本市 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

対象児との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

受給者番号			
対象児	住所	橋本市	
	フリガナ		
	氏名	生年月日	年 月 日
受給者証を失った日	年 月 日		
受給者証を失った事情			

上記のとおり医療費受給者証を失ったので届け出ます。  
再交付を願います。